

Vaksin Cacar (Varisela)

Dianjurkan bagi pelajar sekolah menengah kelas 7

Harap baca informasi tersebut.

Isi formulirnya **meskipun anak Anda tidak akan diberi vaksin.**

Gunting formulir tersebut dan kembalikan ke sekolah.

- **Apakah Anak Anda perlu vaksin cacar?** Lihat informasi selanjutnya di bawah ini.
- Pemda setempat akan datang ke sekolah dalam waktu dekat dalam rangka program vaksinasi ini.
- Tersedia vaksin gratis tahun ini di sekolah, dokter atau layanan imunisasi pemda setempat.
- Bacalah daftar checklist pra-imunisasi dan diskusikan masalah kesehatan apapun dengan penyedia imunisasi Anda sebelum anak Anda divaksin.
- Anak Anda mungkin butuh lebih dari satu kali suntikan untuk beberapa penyakit pada hari yang sama. Ini tidak akan meningkatkan risiko mengalami reaksi atas vaksin.
- Anda harus mengembalikan formulir izin ini ke sekolah walaupun anak Anda tidak divaksin, karena ini akan membantu dalam meningkatkan layanan kesehatan.

Apakah Anak Anda butuh vaksin cacar?

Anak saya sudah pernah menderita cacar, apa yang harus saya lakukan?

Bila Anda yakin Anak Anda sudah pernah menderita cacar, maka dia tidak perlu diberi vaksin. Tetapi, vaksin tetap aman bila diberikan kepada anak yang sudah pernah menderita cacar.

Saya tidak yakin anak saya pernah menderita cacar, apa yang harus saya lakukan?

Anak Anda harus diberi vaksin.

Anak saya sudah mendapat vaksin cacar satu kali, apakah vaksin kedua kali perlu diberikan sekarang?

Ya, dua dosis vaksin cacar dapat meningkatkan perlindungan atas cacar dan mengurangi risiko terkena cacar dikemudian hari.

Anak saya telah diberi vaksin cacar sekali dan kena cacar sekali, apa yang harus saya lakukan?

Bila Anda yakin Anak Anda sudah pernah menderita cacar, maka dia tidak perlu diberi vaksin. Tetapi, vaksin tetap aman bila diberikan kepada anak yang sudah pernah menderita cacar.

Penyakit cacar

Cacar adalah penyakit mudah menular yang disebabkan oleh virus varicella zoster. Cacar ditularkan lewat batuk dan bersin dan lewat sentuhan langsung dengan nanah bentolan cacar tersebut.

Biasanya cacar adalah penyakit ringan dalam waktu singkat pada anak yang sehat; terkadang penyakit cacar menjadi parah, misalnya infeksi bakteri pada kulit yang menyebabkan parut, pneumonia atau radang otak. Orang dewasa yang menderita cacar biasanya mengalami gejala yang lebih parah. Cacar juga dapat berisiko terhadap janin bila penderita cacar sedang hamil. Cacar dapat menyebabkan penyakit yang parah dan bahkan kematian pada penderita usia berapapun.

Masa inkubasi cacar adalah 10-21 hari, kemudian muncul ruam-ruam merah yang gatal, kemudian dalam hitungan jam bintik tersebut melepuh. Ruam ini biasanya muncul di hidung, wajah, dan bagian tubuh lainnya. Sebagian besar penderita cacar mengalami demam dan merasa tidak sehat dan mungkin mengalami rasa gatal yang parah.

Semua orang yang belum pernah menderita cacar dapat terkena cacar. Sebelum adanya program vaksin cacar, sekitar 75 persen manusia menderita cacar sebelum mereka berusia 12 tahun.

Layanan penerjemah
dan juru bahasa
Hubungi 131 450



IMMUNISE
AUSTRALIA PROGRAM
An Australian, State and Territory
Governments initiative

Vaksin cacar

Vaksin cacar mengandung virus hidup yang sudah dimodifikasi dengan tingkat kekuatan yang lebih rendah serta sejumlah kecil antibiotik neomicyn.

Kemungkinan efek samping vaksin cacar

Efek samping yang umum

- Demam
- Rasa sakit, kemerahan dan bengkak bekas suntikan
- Bentolan kecil sementara di tempat suntikan
- Sampai 30 menit setelah disuntik, mungkin ada yang pingsan

Bila reaksi ringan terjadi, efek samping dapat dikurangi dengan cara:

- minum yang banyak dan tidak memakai baju berlapis-lapis bila menderita demam
- mengompres bekas luka dengan kain basah yang dingin
- minum parasetamol untuk mengurangi rasa sakit.

Efek samping yang jarang

Kira-kira dua sampai lima ruam yang mirip cacar akan muncul, biasanya di tempat suntikan dan kadang-kadang di tempat lain antara lima sampai 26 hari setelah disuntik dan biasanya ruam ini hilang dalam waktu kurang dari seminggu.

Bila hal ini terjadi, orang tersebut harus menghindari sentuhan langsung dengan orang yang tingkat kekebalannya rendah sampai ruam tersebut kering.

Efek samping yang sangat jarang

- Alergi yang parah

Bila terjadi alergi yang parah, segera berikan perawatan medis. Bila reaksi tersebut parah dan tidak segera sembuh, atau bila Anda khawatir, hubungi dokter atau rumah sakit Anda

Daftar checklist pra-imunisasi

Sebelum anak Anda diimunisasi, beritahukanlah dokter atau perawat bila anak Anda:

- Telah diberi vaksin yang mengandung virus hidup dalam sebulan terakhir (misalnya MMR, cacar atau BCG)
- Tidak sehat pada hari imunisasi (suhu badan lebih dari 38,5 derajat celcius)
- Memiliki alergi yang parah
- Pernah mengalami alergi parah saat divaksin
- Sedang sakit atau sedang menjalani perawatan yang menyebabkan kekebalan rendah (misalnya HIV/AIDS, leukemia, kanker, radioterapi atau kemoterapi)
- Sedang memakai steroid jenis apapun selain semprotan asma atau salep (misalnya cortisone atau prednisone)
- Sedang hamil
- Telah mendapat immunoglobulin atau transfusi darah dalam tiga bulan terakhir atau infus immunoglobulin dalam sembilan bulan terakhir.

Setelah diberi vaksin, harap tunggu di tempat vaksinasi paling tidak selama 15 menit.

Informasi lebih lanjut

www.betterhealth.vic.gov.au

immunehero.health.vic.gov.au

Cara mengisi formulir

Harap baca informasi tercantum.

Isi formulir ini walaupun anak Anda tidak akan diberi vaksin.

Gunting formulir ini dan kembalikan ke sekolah.

Untuk semua anak

Harap tulis informasi mengenai anak Anda.

Kemudian

Isi bagian ini bila Anda ingin anak Anda diberi vaksin.

Atau

Isi bagian ini bila Anda tidak ingin anak Anda diberi vaksin.

Untuk mendapatkan dokumen ini dalam bentuk yang dapat diakses, Email: immunisation@health.vic.gov.au

Disetujui dan dikeluarkan oleh Pemerintah Negara Bagian Victoria, 1 Treasury Place, Melbourne. © Department of Health, Juli 2016 (1607016)

Formulir izin vaksin cacar (Varicella)

Dianjurkan untuk pelajar sekolah menengah kelas 7

Harap baca informasi tercantum.

Isi formulir ini walaupun anak Anda tidak akan diberi vaksin. Gunting formulir ini dan kembalikan ke sekolah.

Informasi mengenai anak

No. Medicare: 1234 98765 7 3 (Nomor yang ada di sebelah nama anak)

Nama Belakang: CITIZEN Nama depan: MARK

Alamat rumah: 20 BLOCK STREET MELBOURNE

Kode pos: 3000 Tanggal lahir: 18/10 /2000 Kelamin: ☒ Perempuan ☐ Laki-laki

Sekolah: BLOCK HIGH SCHOOL Homegroup: 7A

Apakah anak ini keturunan Aborigin atau Torres Strait Islander (harap centang)

☒ Tidak ☐ Aborigin ☐ Torres Strait Islander ☐ Aborigin dan Torres Strait Islander

Data diri orangtua/wali

Nama Belakang: SMITH Nama depan: SANDRA

Email: parentorguardian@internetprovider.com

Nomor Telepon hari kerja: 9123 4567 Nomor HP: 0404 123 456

Orangtua/wali, harap tanda-tangan bila Anda setuju anak Anda diberi vaksin cacar di sekolah.

Saya telah membaca dan mengerti informasi yang telah diberikan kepada saya mengenai vaksinasi, termasuk risiko penyakit tersebut dan efek samping dari vaksin. Saya mengerti bahwa saya memberi izin untuk memberikan satu dosis vaksin cacar kepada anak saya. Saya telah diberi kesempatan untuk mendiskusikan vaksin ini dengan seorang penyedia imunisasi. Saya mengerti bahwa izin ini dapat saya cabut kapan saja sebelum anak saya divaksin.

☐ YA, SAYA SETUJU atas vaksinasi cacar (harap centang)

Saya memiliki kuasa untuk memberi izin vaksinasi kepada anak di atas.

Nama orangtua atau wali (harap tulis):

Tanda-tangan Orangtua/wali:

Tanggal: / /

ATAU bila tidak mau anak Anda diberi vaksin di sekolah:

☒ Tidak, saya tidak setuju atas vaksinasi cacar.

Setelah membaca informasi tersedia, saya tidak mengizinkan anak saya diberi vaksin cacar sekarang.

Tanda-tangan Orangtua/wali:

Tanggal: / /

Pernyataan privasi: Program Vaksin Sekolah kelas 7 didanai oleh pemerintah Australia dan Victoria dan dijalankan oleh pemda setempat. Sesuai UU Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat 2008 Public Health and Wellbeing Act 2008, pemda setempat bertanggung jawab mengkoordinasi dan memberikan pelayanan imunisasi kepada anak-anak di dalam kawasan kota. Pemda setempat berkomitmen untuk melindungi privasi, keamanan dan keamanan informasi pribadi, sesuai dengan UU Privacy dan Perlindungan Data 2014 Privacy and Data Protection Act 2014 dan UU Catatan Kesehatan 2001 Health Records Act 2001.

Pemda setempat melaporkan semua pemberian vaksin kepada anak remaja yang diberikan melalui program sekolah ke Daftar Vaksin Sekolah Australia (Australian School Vaccination Register ASVR). Hal ini memberikan alat seperti sistem pengingat dan peringatan untuk meningkatkan tingkat vaksinasi remaja. Hal ini penting untuk meningkatkan imunitas tingkat keseluruhan. Setiap orang akan memiliki akses ke catatan mereka yaitu semua vaksin yang tercatat dalam Daftar Imunisasi Australia dan ASVR. Informasi data imunisasi dapat diungkapkan kepada Pemerintah Victoria untuk tujuan pemantauan, pendanaan dan meningkatkan Program Vaksin Sekolah Menengah Kelas 7. Informasi ini tidak mengidentifikasi individu manapun.

Informasi yang berhubungan dengan Anda atau anak Anda akan diungkapkan atau diungkapkan untuk tujuan yang terkait langsung dengan pengobatan Anda, dan dengan cara yang sesuai untuk Anda. Informasi ini mungkin termasuk transfer atau pertukaran informasi yang relevan untuk Dokter Umum Anda, untuk Dokter Umum anak Anda, ke layanan kesehatan atau rumah sakit atau pemda setempat lainnya yang menyediakan perawatan terkait. Pemda setempat dapat memberikan Anda informasi yang terkait dengan program vaksin sekolah melalui SMS atau email. Anda dapat mengakses data anak Anda dengan menghubungi pemda setempat dimana anak Anda sekolah.

Diisi oleh Pejabat berwenang:

Tanggal pemberian vaksin:

Initial Perawat:

Formulir izin vaksin cacar (Varicella)

Dianjurkan untuk pelajar sekolah menengah kelas 7

Harap baca informasi tercantum.

Isi formulir ini walaupun anak Anda tidak akan diberi vaksin.

Gunting formulir ini dan kembalikan ke sekolah.

Informasi mengenai anak

No. Medicare: (Nomor yang ada di sebelah nama anak)

Nama Belakang: Nama depan:

Alamat rumah:

Kode pos: Tanggal lahir: / / Kelamin: ☐ Perempuan ☐ Laki-laki

Sekolah: Homegroup:

Apakah anak ini keturunan Aborigin atau Torres Strait Islander (harap centang)

☐ Tidak ☐ Aborigin ☐ Torres Strait Islander ☐ Aborigin dan Torres Strait Islander

Data diri orangtua/wali

Nama Belakang: Nama depan:

Email:

Nomor Telepon hari kerja: Nomor HP:

Orangtua/wali, harap tanda-tangan bila Anda setuju anak Anda diberi vaksin cacar di sekolah.

Saya telah membaca dan mengerti informasi yang telah diberikan kepada saya mengenai vaksinasi, termasuk risiko penyakit tersebut dan efek samping dari vaksin. Saya mengerti bahwa saya memberi izin untuk memberikan satu dosis vaksin cacar kepada anak saya. Saya telah diberi kesempatan untuk mendiskusikan vaksin ini dengan seorang penyedia imunisasi. Saya mengerti bahwa izin ini dapat saya cabut kapan saja sebelum anak saya divaksin.

☐ YA, SAYA SETUJU atas vaksinasi cacar (harap centang)

Saya memiliki kuasa untuk memberi izin vaksinasi kepada anak di atas.

Nama orangtua atau wali (harap tulis):

Tanda-tangan Orangtua/wali: Tanggal: / /

ATAU bila tidak mau anak Anda diberi vaksin di sekolah:

Tidak, saya tidak setuju atas vaksinasi cacar.

Setelah membaca informasi tersedia, saya tidak mengizinkan anak saya diberi vaksin cacar sekarang.

Tanda-tangan Orangtua/wali: Tanggal: / /

Pernyataan privasi. Program Vaksin Sekolah kelas 7 didanai oleh pemerintah Australia dan Victoria dan dijalankan oleh pemda setempat. Sesuai UU Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat 2008 *Public Health and Wellbeing Act 2008* l, pemda setempat bertanggung jawab mengkoordinasi dan memberikan pelayanan imunisasi kepada anak-anak didik di dalam kawasan kota. Pemda setempat berkomitmen untuk melindungi privasi, kerahasiaan dan keamanan informasi pribadi, sesuai dengan UU Privasi dan Perlindungan Data 2014 *Privacy and Data Protection Act 2014* dan UU Catatan Kesehatan 2001 *Health Records Act 2001*.

Pemda setempat melaporkan semua pemberian vaksin kepada anak remaja yang diberikan melalui program sekolah ke Daftar Vaksin Sekolah Australia (Australian School Vaccination Register ASVR). Hal ini memberikan alat seperti sistem pengingat dan peringatan untuk meningkatkan tingkat vaksinasi remaja. Hal ini penting untuk meningkatkan imunisasi tingkat keseluruhan. Setiap orang akan memiliki akses ke catatan mereka yaitu semua vaksin yang tercatat dalam Daftar Imunisasi Australia dan ASVR. Kumpulan data imunisasi dapat diungkapkan kepada Pemerintah Victoria untuk tujuan pemantauan, pendanaan dan meningkatkan Program Vaksin Sekolah Menengah Kelas 7. Informasi ini tidak mengidentifikasi individu manapun.

Informasi yang berhubungan dengan Anda atau anak Anda akan digunakan atau diungkapkan untuk tujuan yang terkait langsung dengan pengobatan Anda, dan dengan cara yang masuk akal untuk Anda harapkan. Ini mungkin termasuk transfer atau pertukaran informasi yang relevan untuk Dokter Umum Anda, untuk Dokter Umum anak Anda, ke layanan Kesehatan atau rumah sakit atau pemda setempat lainnya yang menyediakan perawatan terkait. Pemda setempat dapat memberikan Anda informasi yang terkait dengan program vaksin sekolah melalui SMS atau email. Anda dapat mengakses data anak Anda dengan menghubungi pemda setempat dimana anak Anda sekolah.

Diisi oleh Pejabat berwenang:

Tanggal pemberian vaksin: Inisial Perawat:

Chickenpox (Varicella) vaccine

Recommended for children in Year 7 of secondary school

Please read the information.

Complete the form **even if the vaccine is not to be given.**

Detach the form and return it to school.

- **Does your child need the chickenpox vaccine?** See below for more information.
- Local council will be visiting school soon for this vaccine program.
- Free vaccine is available this year at school, the doctor or a local council immunisation service.
- Read the pre-immunisation checklist and discuss any health concern with your immunisation provider before your child is vaccinated.
- Your child may need more than one injection for different diseases on the same day. This will not increase the chance of your child having a vaccine reaction.
- You must return the consent form to school even if your child is not being vaccinated as this helps in the provision of improved health services.

Does your child need the chickenpox vaccine?

My child has had chickenpox infection, what should I do?

If you are sure that your child has had chickenpox infection, then the vaccine is not needed. However the vaccine can be safely given to children who have had chickenpox infection.

I am not sure my child has had chickenpox infection, what should I do?

Your child should be vaccinated.

My child has had one chickenpox vaccine, should a second vaccine be given now?

Yes, two doses of chickenpox vaccine provide increased protection and reduce the risk of chickenpox occurring at a later time.

My child has had one chickenpox vaccine and chickenpox infection, what should I do?

If you are sure that your child has had chickenpox infection, then the vaccine is not needed. However the vaccine can be safely given to children who have had chickenpox infection.

Chickenpox disease

Chickenpox is a highly contagious infection caused by the varicella zoster virus. Chickenpox is spread through coughs and sneezes and through direct contact with the fluid in the blisters of the rash.

It is usually a mild disease of short duration in healthy children; sometimes chickenpox will develop into a more severe illness such as bacterial skin infections resulting in scarring, pneumonia or inflammation of the brain. Adults who contract chickenpox generally experience more severe symptoms. Chickenpox may also be a risk to an unborn baby if contracted during pregnancy. Chickenpox can cause serious illness and even death in all ages.

The incubation period for chickenpox is 10 to 21 days, followed by the appearance of a rash of red spots initially, then becoming blisters within hours. The spots usually appear on the trunk, face and other parts of the body. Most people infected with chickenpox have a fever and feel unwell and may experience severe itching.

Anyone who has never had chickenpox before can catch it. Prior to the vaccine program, about 75 per cent of people caught chickenpox before 12 years of age.

Translating and
interpreting service
Call 131 450



IMMUNISE
AUSTRALIA PROGRAM
An Australian, State and Territory
Governments initiative

Chickenpox vaccine

The chickenpox vaccine contains modified live virus at a reduced strength and a small amount of the antibiotic, neomycin.

Possible side effects of chickenpox vaccine

Common side effects

- Fever
- Pain, redness and swelling at the injection site
- A temporary small lump at the injection site
- Fainting may occur up to 30 minutes after any vaccination.

If mild reactions occur, the side effects can be reduced by:

- drinking extra fluids and not over-dressing if the person has a fever
- placing a cold wet cloth on the sore injection site
- taking paracetamol to reduce discomfort.

Uncommon side effects

About two to five chickenpox-like spots may occur usually at the injection site and sometimes on other parts of the body between five and 26 days after vaccination and last for less than one week.

If this occurs the person should avoid direct contact with people with low immunity until the spots dry out.

Extremely rare side effect

- A severe allergic reaction

In the event of a severe allergic reaction, immediate

medical attention will be provided. If reactions are severe or persistent, or if you are worried, contact your doctor or hospital.

Pre-immunisation checklist

Before your child is immunised, tell the doctor or nurse if any of the following apply.

- Has had a vaccine containing live viruses within the last month (such as MMR, chickenpox or BCG)
- Is unwell on the day of immunisation (temperature over 38.5°C)
- Has any severe allergies
- Has had a severe reaction following any vaccine
- Has a disease or is having treatment which causes low immunity (for example HIV/AIDS, leukaemia, cancer, radiotherapy or chemotherapy)
- Is taking steroids of any sort other than inhaled asthma sprays or steroid creams (for example cortisone or prednisone)
- Is pregnant
- Has received immunoglobulin or a blood transfusion in the last three months or intravenous immunoglobulin in the last nine months.

After vaccination wait at the place of vaccination a minimum of 15 minutes.

Further information

www.betterhealth.vic.gov.au

immunehero.health.vic.gov.au

How to complete the form

Please read the information.

Complete the form **even if the vaccine is not to be given**.

Detach the form and return it to school.

For all children

Please complete with the details of the child.

Then

Complete this section if you wish to have your child vaccinated.

Or

Complete this section if you do not wish to have your child vaccinated.

To receive this document in an accessible format email: immunisation@dhhs.vic.gov.au

Authorised and published by the Victorian Government,
1 Treasury Place, Melbourne.

© State of Victoria, July 2016 (1607016)

Chickenpox (Varicella) vaccine consent form

Recommended for children in Year 7 of secondary school

Please read the information.

Complete the form **even if the vaccine is not to be given**.

Detach the form and return it to school.

Student details	
Medicare number	1234 98765 7 3 (Number beside child's name)
Surname	CITIZEN
First name	MARK
Residential address	20 BLOCK STREET MELBOURNE
Postcode	3000
Date of birth	31 / 05 / 2004
Sex	<input type="checkbox"/> Female <input checked="" type="checkbox"/> Male
School	BLOCK HIGH SCHOOL
Homegroup	7A
Is this person of Aboriginal or Torres Strait Islander origin? (please tick)	
<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Aboriginal <input type="checkbox"/> Torres Strait Islander <input type="checkbox"/> Aboriginal and Torres Strait Islander	
Parent/guardian contact details	
Surname	CITIZEN
First name	SANDRA
Email	parentorguardian@internetprovider.com
Daytime phone number	9123 4567
Mobile	0404 123 456

Parent/guardian, please sign if you agree to your child receiving chickenpox vaccine at school.

I have read and understand the information given to me about vaccination, including the risks of disease and side effects of the vaccine. I understand that I am giving consent for a dose of chickenpox vaccine to be administered. I have been given the opportunity to discuss the vaccine with an immunisation provider. I understand that consent can be withdrawn at any time before vaccination takes place.

☐ **YES, I CONSENT to chickenpox vaccination (please tick)**

I am authorised to give consent for the above child to be vaccinated.

Name of parent or guardian (please print):

Parent/guardian signature: _____ Date: / /

OR if the vaccine is not to be given at school:

☒ **No I do not consent to the chickenpox vaccination.**

After reading the information provided, I do not wish to have my child vaccinated with chickenpox vaccine at this time.

Parent/guardian signature: _____ Date: / /

Privacy statement: The Year 7 Secondary School Vaccine Program is funded by the Australian and Victorian governments and delivered by local councils. Under the Public Health and Wellbeing Act 2008 local councils are responsible for coordinating and providing immunisation services to children being educated within the municipal district. Local councils are committed to protecting the privacy, confidentiality and security of personal information, in accordance with the Privacy and Data Protection Act 2004 and the Health Records Act 2001.

Local councils report all adolescent vaccines given through school programs to the Australian School Vaccination Register (ASVR). Personal identifying details will be kept confidential. This will provide tools such as recall and reminder systems to improve adolescent vaccination rates. This is important to improve immunisation rates overall. Individuals will have access to their record of all vaccines recorded in the Australian Immunisation Register and the ASVR. Aggregate immunisation data may be disclosed to the Victorian government for the purpose of monitoring, funding and improving the Year 7 Secondary School Vaccine Program. This information does not identify any individual.

Information related to you or your child will be used or disclosed for purposes directly related to your child's immunisation, and in ways that you would reasonably expect. This may include the transfer or exchange of relevant information to your GP, to your child's GP to another treating health service or hospital or another local council. The local council may provide you with information related to the school vaccine program via SMS or email. You can access your child's data by contacting the local council where your child attends school.

Office use only:

Date dose given: _____ Nurse initials: _____

Chickenpox (Varicella) vaccine consent form

Recommended for children in Year 7 of secondary school

Please read the information.

Complete the form **even if the vaccine is not to be given**.

Detach the form and return it to school.

Student details

Medicare number (Number beside child's name)

Surname: _____ First name: _____

Residential address: _____

Postcode: _____ Date of birth: / / Sex: ☐ Female ☐ Male

School: _____ Homegroup: _____

Is this person of Aboriginal or Torres Strait Islander origin? (please tick)

☐ No ☐ Aboriginal ☐ Torres Strait Islander ☐ Aboriginal and Torres Strait Islander

Parent/guardian contact details

Surname: _____ First name: _____

Email: _____

Daytime phone number: _____ Mobile: _____

Parent/guardian, please sign if you agree to your child receiving chickenpox vaccine at school.

I have read and understand the information given to me about vaccination, including the risks of disease and side effects of the vaccine. I understand that I am giving consent for a dose of chickenpox vaccine to be administered. I have been given the opportunity to discuss the vaccine with an immunisation provider. I understand that consent can be withdrawn at any time before vaccination takes place.

☐ **YES, I CONSENT to chickenpox vaccination (please tick)**

I am authorised to give consent for the above child to be vaccinated.

Name of parent or guardian (please print): _____

Parent/guardian signature: _____ Date: / /

OR if the vaccine is not to be given at school:

No I do not consent to the chickenpox vaccination.

After reading the information provided, I do not wish to have my child vaccinated with chickenpox vaccine at this time.

Parent/guardian signature: _____ Date: / /

Privacy statement. The Year 7 Secondary School Vaccine Program is funded by the Australian and Victorian governments and delivered by local councils. Under the *Public Health and Wellbeing Act 2008*, local councils are responsible for coordinating and providing immunisation services to children being educated within the municipal district. Local councils are committed to protecting the privacy, confidentiality and security of personal information, in accordance with the *Privacy and Data Protection Act 2014* and the *Health Records Act 2001*.

Local councils report all adolescent vaccines given through school programs to the Australian School Vaccination Register (ASVR). Personal identifying details will be kept confidential. This will provide tools such as recall and reminder systems to improve adolescent vaccination rates. This is important to improve immunisation rates overall. Individuals will have access to their record of all vaccines recorded in the Australian Immunisation Register and the ASVR. Aggregate immunisation data may be disclosed to the Victorian government for the purpose of monitoring, funding and improving the Year 7 Secondary School Vaccine Program. This information does not identify any individual.

Information related to you or your child will be used or disclosed for purposes directly related to your child's immunisation, and in ways that you would reasonably expect. This may include the transfer or exchange of relevant information to your GP, to your child's GP, to another treating health service or hospital or another local council. The local council may provide you with information related to the school vaccine program via SMS or email. You can access your child's data by contacting the local council where your child attends school.

Office use only:

Date dose given: _____ Nurse initials: _____